



En /Na _____

Director/a del Departament de _____

CERTIFICO: Que el Sr./Sra. _____

professor/a Associat/da _____

d'aquest Departament té assignat pel curs _____

el següent horari setmanal:

Docència	1r. semestre		2n. semestre	
	Dies	Horari	Dies	Horari
	dl.		dl.	
	dt.		dt.	
	dc.		dc.	
	dj.		dj.	
	dv.		dv.	

Permanència: hores d'atenció a l'alumnat i a disposició del departament	1r. semestre		2n. semestre	
	Dies	Horari	Dies	Horari
	dl.		dl.	
	dt.		dt.	
	dc.		dc.	
	dj.		dj.	
	dv.		dv.	

I perquè es pugui acreditar davant l'organisme que ha de resoldre la petició de compatibilitat, signo
a Barcelona, _____

- Aquest certificat s'ha d'emplenar amb lletra d'impremta.